...ille

... Lipome.

suis efforcé de démontrer brièvement ce que sont ces principes. En agissant ainsi, j'ai été moins désireux d'exposer des pratiques nouvelles que de faire connaître ce qui peut être le plus utile.

Peut être paraîtrai-je dans quelques-unes, avoir emprunté à d'autres écrivains les idées que j'émettrai. Cela est possible. Mais si je le fais, j'avoue à l'avance que c'est sans en avoir conscience. Plusieurs de ces idées ont pris racine si profondément dans mon esprit, qu'il m'est impossible de distinguer celles qui appartiennent aux autres, et qui ont été confirmées ou infirmées par ma propre expérience, de celles que ma seule pratique m'a suggérées.

En portant mes investigations sur la ferrure du cheval, j'ai acquis la conviction qu'il ne suffisait pas de déterminer quelle était la forme de fer qui convenait le mieux pour l'usage général, mais qu'il était encore nécessaire, pour que cette forme fût facilement introduite dans la pratique, qu'il fût au pouvoir de l'ouvrier le plus ordinaire

large surface, c'est que le poids du corps a plutôt de la tendance à élargir le pied dans toutes les directions qu'à le resserrer, comme cela arrive avec le fer usuellement employé. Et l'on a, en effet, observé en maintes occasions qu'un pied resserré par la méthode habituelle de ferrure, et ferré ensuite avec des fers à siége, devenait peu à peu plus large sans que le service du cheval ait été un instant interrompu. Et, en outre, qu'un pied de belle grandeur et de forme régulière, ferré habituellement avec le fer à siége, conservait sa forme et sa grandeur, sans la plus légère altération, tant que ce mode de ferrure était continué (1).

---

(1) Le 19 novembre 1797, un cheval d'arme, appartenant à lord Heathfield, fut ferré du devant avec des *fers à siége*, fabriqués à la manière des pièces de monnaie. Ce cheval, depuis cette époque jusqu'au 25 mars 1800, a toujours porté des fers frappés au même coin. On a eu le soin de les enlever tous les mois une fois, afin de parer les pieds et de faire tomber l'excès de longueur de la corne; mais jamais on n'a altéré, même au plus petit degré, la forme primitive de ces fers, si ce n'est une seule

A mon ami
Souvenir a

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 17 mars 1857,

Par GÉRARD-PROSPER PERROTTE,

né à Blaisy-Bas (Côte-d'Or),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

ancien Interne de l'Hôpital de Dijon,

Médaille du Choléra 1854.

DU LIPOME.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1857

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	.....
Physiologie	BÉRARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacie	SOUBEIRAN.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT.
Pathologie chirurgicale	J. CLOQUET. DENONVILLIERS, Examinateur
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON, Président.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.
BARTH.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BOUCHUT.
BROCA.
DELPECH.
DEPAUL.
FOLLIN.
GOSSELIN.
GUBLER.
GUENEAU DE MUSSY.
JARJAVAY.

MM. LASÈGUE.
LECONTE, Examinateur.
ORFILA.
PAJOT, Examinateur.
REGNAULD.
A. RICHARD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VERNEUIL.
VIGLA.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

Affection et reconnaissance.

A MES FRÈRES.

A MES PARENTS.

A MES AMIS.

A M. ADELON,

Professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie impériale de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

Veuillez agréer l'expression de ma profonde reconnaissance pour la bienveillance que vous m'avez témoignée.

A MM. LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE DE DIJON,

MES PREMIERS MAÎTRES.

DU LIPOME.

Le *lipome* (λίπος, graisse) est une tumeur formée par le développement anormal et circonscrit du tissu adipeux.

Cette affection a été confondue pendant fort longtemps avec une grande partie des tumeurs sous-cutanées, kystes, cancers, etc.; il faut arriver presque jusqu'à nos jours pour voir établir une distinction réelle et un peu précise, grâce aux progrès toujours croissants de l'anatomie pathologique. Quelques mots d'historique démontreront de combien d'obscurité cette question a toujours été entourée.

HISTORIQUE.

J.-P.-H. Ingrassias enlève une tumeur sur les épaules, contenant de la graisse véritable et de la chair; c'est là, au dire de Morgagni, un des premiers exemples de tumeur constituée par de la graisse véritable et non par du suif, et cependant l'auteur rapporte sa tumeur au stéatome.

Fabrice d'Aquapendente dit que le stéatome, quand il n'est pas sur la tête, contient plus de graisse que de suif; mais ce motif ne lui paraît point suffisant pour donner à ces deux formes de tumeurs deux noms différents.

Littre, un des premiers, établit une distinction entre le lipome ou la tumeur formée par de la graisse et le stéatome, tumeur formée par du suif; il croyait que la première était très-rare, et que l'on n'en avait point observé avant lui. Cependant Elsholze, trente-huit ans auparavant, publiait, sous le nom de *stéatome*, l'observation

d'une tumeur qui s'était développée, sur un soldat, dans le pli périnéo-scrotal, et qui contenait de la graisse.

Ruysch, ayant enlevé une tumeur graisseuse, semblable à celle qu'avait décrite Littre sous le nom de *lipome,* continue cependant à lui donner le nom de *stéatome.*

Boyer confond sous le nom de *loupes* le mélicéris, l'athérome, le lipome; mais il conserve la distinction établie par Littre entre le lipome et le stéatome.

Louis et Delpech n'admettent point qu'on doive faire deux classes séparées du lipome et du stéatome. Delpech considère comme des lipomes des tumeurs lymphatiques et graisseuses énormes siégeant aux grandes lèvres; mais ces tumeurs doivent être rapportées probablement à cette affection plus fréquente dans les pays chauds, et connue sous le nom d'*éléphantiasis.*

Marjolin (Dict. en 30 vol.) décrit sous le nom de *loupes* toutes les tumeurs graisseuses, sous-cutanées, indolentes, mobiles, et susceptibles, pour la plupart, d'acquérir un volume considérable; il comprend deux espèces, les lipomes et les stéatomes. Mais pour lui ce ne sont pas deux maladies distinctes, mais deux états différents de la même affection. Le stéatome se présenterait très-rarement; le plus souvent, il serait le résultat d'une dégénérescence du lipome.

Aujourd'hui le lipome doit être considéré comme une classe d'affection à part, essentiellement distincte de ces tumeurs que l'on a désignées sous le nom d'*athérome, mélicéris, stéatome;* seulement nous reconnaîtrons que l'expression employée est vicieuse ou incomplète, car le mot *lipome* ne rappelle à l'esprit que l'idée de la graisse. Celle-là peut se présenter sous des formes et des aspects extrêmement variés, et nous préférerions lui voir substituer l'expression d'*adipome*, proposée par M. Cruveilhier, qui indique au moins le tissu aux dépens duquel la tumeur se développe et auquel il emprunte son propre caractère.

SIÉGE ET DIVISION.

Le lipome, étant une tumeur développée aux dépens du tissu adipeux normal, devra reconnaître pour siége toutes les parties de l'organisme où ce tissu se rencontrera; disons cependant qu'il n'existe pas encore dans la science d'exemples de tumeurs de cette nature qui aient été observées à la région palmaire ni à la région plantaire. Invoquerons-nous, pour expliquer ce fait, la constitution anatomique de ces parties, la présence de nombreuses cloisons et filaments fibreux jetés entre la peau et l'aponévrose, et trop consistants pour permettre aux cellules adipeuses qu'ils entourent de prendre un développement considérable. D'autre part, il existe des exemples de lipomes dans certaines régions où la graisse a été niée; M. Follin en a rapporté un cas observé dans l'épaisseur de la lèvre inférieure, cas unique dans la science. Mais l'examen anatomique démontre que si l'on ne rencontre point dans la lèvre un tissu graisseux, analogue à celui que l'on trouve dans le tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire un tissu formé par des lobules, on rencontre des cellules graisseuses isolées, en nombre assez considérable, éparpillées autour des fibres musculaires du sphincter labial. Nous voyons donc que, reconnaissant pour origine un sol toujours identique, son développement sera subordonné cependant à certaines conditions anatomiques des parties au milieu desquelles il se développera, à certaines conditions anatomiques du tissu duquel il dérivera. Un tissu cellulaire à mailles fines et délicates, à aréoles larges et communiquant librement les unes avec les autres, des cellules graisseuses réunies en lobes et en lobules au milieu de ces aréoles: telles seront les conditions les plus favorables pour la production du lipome. Par contre, un tissu cellulaire laminé ou ne contenant que des cellules graisseuses isolées, bridées par des prolongements fibreux ou aponévrotiques, sera un tissu peu propre à donner naissance à ces sortes de tumeurs.

Or les premières conditions se rencontrent dans presque tout le

tissu cellulaire sous-cutané, dans tout le tissu cellulaire profond, soit qu'il appartienne aux membres ou aux grandes cavités splanchniques; aussi les lipomes ont-ils été rencontrés dans ces parties. Les plus fréquents ont été cependant observés au cou, à la surface du thorax, aux épaules, au dos, aux cuisses, aux bras, etc.

Notre intention, au commencement de ce travail, était de proposer une division des lipomes fondée sur le siége anatomique variable qu'ils peuvent occuper; mais, dans nos recherches nécessitées pour ce travail, nous avons pu nous assurer que cette distinction avait été faite par M. Cruveilhier, dans son admirable ouvrage d'anatomie pathologique. Nous nous consolerons volontiers de cette priorité, qui nous fournira du reste, pour notre thèse, d'utiles matériaux. Nous diviserons donc les lipomes en sus-aponévrotiques et sous-aponévrotiques; nous dirons un mot seulement des lipomes sous-muqueux, sous-séreux et glandulaires.

Lipomes sus-aponévrotiques ou sous-cutanés.

Siége. Leur siége serait l'espace compris entre la face profonde et la face superficielle de l'aponévrose; l'anatomie nous apprend que le tissu cellulaire qui comble cet espace paraît être une dépendance des fibres de la face profonde du derme, duquel il semble se détacher. A leur origine, ces fibres sont encore si rapprochées, qu'elles s'entre-croisent dans tous les sens, en formant une sorte de lame que les anatomistes modernes désignent sous le nom de *feuillet externe du fascia superficialis;* plus loin ces fibres s'écartent davantage, pour recevoir, dans leurs intervalles, des pelotons adipeux; enfin, au niveau des aponévroses, elles s'entre-croisent de nouveau, pour former une seconde lame, que l'on nomme le *feuillet interne du fascia superficialis.* Le plus souvent, le lipome se développe entre les deux lames du fascia, quelquefois entre lui et la peau, quelquefois dans les aréoles les plus profondes du derme, rarement entre les aponévroses et le feuillet profond du fascia.

Nombre. Généralement on n'en trouve qu'un seul ; mais on en a rencontré deux, trois, quatre, et même un nombre très-considérable : toute la surface du corps peut en être couverte. Marjolin, Alibert, ont rapporté de ces exemples, et l'observation que nous relaterons plus loin démontrera jusqu'à quel point peut être prononcée cette tendance à la multiplicité.

Volume. Extrêmement variable, du volume d'une lentille, d'un haricot, à celui de la tête et au delà, le lipome est susceptible d'acquérir des dimensions plus considérables qu'aucune autre tumeur solide. Chopart rapporte l'observation d'un indigent qui excitait la commisération publique en exposant une tumeur de cette nature qu'il portait sur le dos, et tellement volumineuse, qu'il était obligé de la soutenir par un lien. Benivenius, dans son livre *de Abditis rerum causis,* rapporte un exemple d'un lipome de la fesse pesant 60 livres, et qu'il ne se décida à enlever que sur les instances du malade.

Pesanteur spécifique. Moins considérable que la pesanteur spécifique de la graisse.

Forme. Elle est ovoïde ou sphérique, tantôt lisse à sa surface et ne présentant aucun prolongement, tantôt, au contraire, offrant des expansions plus ou moins nombreuses, qui la rendent très-irrégulière. Ces prolongements peuvent exister sur la face superficielle ; mais, le plus fréquemment, on les trouve sur la face profonde, et quelquefois ils ressemblent à des racines rampantes, allant recueillir au loin les sucs nécessaires au développement de la tumeur principale. Ainsi on a trouvé un lipome développé à la région sternale, qui envoyait à travers les espaces intercostaux des prolongements vers les médiastins. Quand ils émanent de la face superficielle, ils sont coniques, aplatis, arrondis, et soulèvent la peau d'une façon variable.

Ne confondons pas ces prolongements avec ceux qu'il nous reste à décrire, et qui appartiennent à la forme pédiculée du lipome; cette forme est due principalement au développement de la graisse dans les parties les plus superficielles. A peine la tumeur a-t-elle acquis un volume même très-faible, qu'elle tend à se porter à l'extérieur, et se coiffe de la peau qui la recouvre comme d'une espèce de sac. A mesure que son volume augmente, elle exerce sur le point par lequel elle se détache de la peau une traction, un tiraillement qui a pour effet de rétrécir le calibre de la tumeur à sa base, et de le transformer en un véritable pédicule; cette forme pédiculée se rencontre surtout dans les régions où la peau est fine et délicate, à la partie interne de la cuisse, par exemple.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Développé aux dépens d'une portion circonscrite du tissu graisseux sous-cutané, souvent même aux dépens de quelques lobules, le lipome, par le fait de son accroissement, voit chacun de ses éléments se multiplier à l'infini. Mais le travail qui se passe dans son intérieur n'influence nullement les parties voisines; car, au bout d'un temps très-court, la production nouvelle s'en est isolée par l'intermédiaire d'une membrane qui l'enveloppe de toute part. Au début, quand le volume est très-petit, qu'il atteint celui d'un pois, par exemple, il est probable que le tissu cellulaire n'a pas changé d'aspect, et que la petite masse lipomateuse, en voie de formation, n'a pour enveloppe que ses cellules naturelles, enveloppe par conséquent peu distincte; mais, si la tumeur a atteint le volume d'une noisette, d'une noix, on remarque sur tout son pourtour une membrane blanche, transparente, quelquefois nacrée, opaline, d'une minceur remarquable, et ne contenant dans son épaisseur que quelques rares vaisseaux. Le volume de la tumeur a-t-il pris les dimensions d'une tête de fœtus ou d'une tête d'adulte, que cette membrane semble jouir d'un haut degré d'organisation : sa

consistance, son épaisseur, sont plus considérables; les cloisons qu'elle envoie dans son intérieur, plus denses; de nombreux vaisseaux sanguins, artériels et veineux surtout, la sillonnent en tous sens. La surface externe, généralement lisse, est en rapport avec le tissu cellulaire ambiant, dont les lamelles ou aréoles ont été refoulées et condensées au pourtour du lipome, par le fait de son développement; des prolongements celluloso-vasculaires, minces et grêles, réunissent encore ces deux parties. Sa surface interne, rugueuse, présente une série d'expansions qui divisent l'intérieur de la tumeur en un nombre considérable de loges, et se comportent, par rapport à la graisse qu'elles contiennent dans leurs mailles, comme les aréoles du tissu cellulaire sous-cutané par rapport aux lobules adipeux. L'enveloppe extérieure, comme les cloisons, peuvent acquérir des dimensions considérables et revêtir l'aspect fibreux; il est même des cas où l'élément fibreux semble dominer l'élément graisseux, sans qu'il y ait dégénérescence, ce qui a fait donner à ces masses le nom de *tumeurs fibro-graisseuses.*

Nous ne connaissons point les conditions qui président à ce développement quelquefois si considérable du tissu fibreux. Le surcroît de nutrition, sous l'influence de causes diverses, doit probablement être invoqué, mais on doit tenir compte dans certains cas des rapports que la tumeur affecte avec certains organes et notamment des organes glandulaires. M. Velpeau a pu ériger en loi, que les tumeurs à véritable texture subissent à un certain degré l'influence des organes avec lesquels ils sont en rapport, et se modifient de manière à prendre peu à peu leur vie et leur structure. Cette loi, dont le célèbre chirurgien de la Charité a fait de si heureuses applications à propos des tumeurs fibrineuses, a trouvé de sa part une application immédiate au sujet de tumeurs graisseuses qu'il a observées à la région du sein, tumeurs qui possédaient une texture fibreuse rappelant la texture même de la glande mammaire. La graisse se présente sous l'aspect d'une masse jaunâtre, limitée par des cloisons et divisée par celles-ci en lobes et en lobules; les lobes ne sont autres

que la réunion des lobules, et les lobules, la réunion des vésicules. Les lobules sont plus ou moins distincts, quelquefois même ils sont assez éloignés les uns des autres pour faire croire que l'on a affaire à plusieurs tumeurs séparées.

Nous voyons donc que les deux éléments qui entrent dans la constitution du lipome, éléments cellulaires et graisseux, sont les mêmes que ceux que présente le tissu cellulo-graisseux sous-cutané; cependant il existe quelques différences, portant moins sur la nature des tissus que sur leur ampliation. Ainsi les aréoles du lipome sont plus spacieuses, les lobules, par cela même, plus volumineux, les vésicules adipeuses ont généralement conservé leurs dimensions normales; cependant il n'est pas rare de trouver en même temps des vésicules plus grosses qu'à l'état ordinaire et atteignant ou dépassant un 10e ou un 20e de millimètre. Mais ce fait s'observe même à l'état normal, autour du sein, chez la femme obèse et dans les cas de tumeurs de la mamelle. Dans la cellule graisseuse, on doit distinguer un contenant et un contenu; le contenant ou l'enveloppe est de nature azotée, le contenu est représenté par une partie liquide qui n'est autre qu'une gouttelette huileuse. Kœlliker admet des nucléoles difficiles à rendre visibles. Généralement la gouttelette huileuse présente la forme d'une sphère sur laquelle l'enveloppe est immédiatement appliquée; mais on peut rencontrer dans le lipome des cellules dont le contenant serait séparé du contenu par une sorte de vide, ou dont le contenant comprendrait dans son intérieur deux ou trois sphères liquides (C. Robin, *Dictionn. de Nysten*).

Quelques auteurs ont pensé que la coloration de la graisse était différente de celle des autres parties du corps, ils ont dit que la graisse du lipome était plus blanche; mais, quand on prend le soin d'enlever les lamelles celluleuses qui l'environnent, on ne trouve d'autres différences qu'une forme peut-être plus franchement lobulée.

Les vaisseaux qui se rendent à la tumeur varient quant à leur

nombre et à leur disposition ; quelquefois rares et volumineux, ils peuvent être, dans d'autres circonstances, nombreux et très-fins. Tantôt les éléments vasculaires, artères et veines, pénètrent et sortent par un même point de la surface, ce point représentant une espèce de hile; tantôt, au contraire, la tumeur reçoit, sur toute l'étendue de sa surface, des vaisseaux artériels en nombre variable. Après avoir rampé un certain temps sur l'enveloppe, les artères pénètrent dans la tumeur en suivant le trajet des cloisons et se divisent en capillaires d'autant plus fins et plus nombreux qu'ils sont destinés à des éléments plus petits; les dernières ramifications vont se rendre aux vésicules adipeuses qui leur sont appendues, à la manière de fruits supportés par une même tige. On n'a point encore trouvé de nerfs; du reste les lipomes sont complétement insensibles, on peut les couper sur le sujet sans déterminer la moindre douleur. Les nerfs que l'on a rencontrés, dans quelques cas, adhérents à ces sortes de tumeurs, ne leur abandonnaient aucuns filaments.

Lipomes sous-aponévrotiques ou profonds.

Nombre. Dans les quelques observations de cette espèce de lipome que possède la science, on n'en a jamais trouvé qu'un sur le même individu.

Volume. Il est variable, mais en rapport toutefois avec les résistances que la tumeur a rencontrées dans son développement. L'observation 2, que nous rapporterons plus loin, nous démontre qu'un lipome développé dans l'espace intercostal n'a acquis qu'un très-petit volume; tandis que l'observation 1re nous rend témoin du volume que peut acquérir un lipome profond, quand il ne rencontre comme obstacle à son développement que les cloisons de séparation des muscles.

Forme. Le lipome présente quelquefois une forme régulièrement sphérique ou ovoïde; mais le plus souvent il se développe irrégulièrement, au milieu des éléments de la région où il a pris naissance, en s'insinuant dans les interstices musculaires, de telle sorte qu'il paraît formé d'une partie principale généralement superficielle et de parties profondes qui ne sont autres que des expansions de celle-ci.

Siége. Nous nous contenterons de signaler, à ce propos, les observations de lipomes profonds qui ont été recueillies jusqu'ici.

M. Broca a rapporté un exemple de lipome développé entre la couche superficielle et profonde des muscles de l'avant-bras; MM. Boullard et Verneuil en ont observé chacun un exemple dans la même région; M. Cruveilhier a trouvé sur un cadavre un lipome siégeant à la région frontale sous l'aponévrose épicrânienne, et un autre dans l'épaisseur même d'un muscle.

M. Velpeau a enlevé un lipome énorme de la partie antérieure de la cuisse, pesant 16 kilogr.; le modèle en cire a été déposé au musée Dupuytren.

Dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère,* on cite une observation de B. Cooper ayant rapport à un lipome placé sous le grand fessier et qui fut opéré par ce chirurgien.

Nous ajoutons à ces observations la suivante, recueillie dans le service de M. Michon.

OBSERVATION Ire.

Mme V...., blanchisseuse, 46 ans, mariée, ayant des enfants jouissant tous d'une parfaite santé; elle n'a plus son père ni sa mère; ceux-ci n'ont rien eu d'analogue à l'affection dont elle est atteinte. La santé de la malade a toujours été satisfaisante, en dehors des opérations qui lui ont été pratiquées pour l'ablation des tumeurs qui font le sujet de cette observation.

Au mois de juillet 1846, elle s'aperçut, en mettant la main sur la cuisse, qu'elle portait une grosseur dans cette région; à cette époque, cette tumeur avait déjà

le volume du poing. Notre malade effrayée va consulter M. Velpeau, puis M. Demaison, puis enfin M. Michon. La tumeur avait alors le volume des deux poings; elle présentait ceci de remarquable, qu'elle donnait à la main une sensation de fluctuation des plus trompeuses, au point que M. Velpeau penchait pour un abcès froid, et que M. Michon jugea prudent, malgré son diagnostic, de faire une ponction exploratrice : il ne sortit de la canule du trois-quarts que quelques lobules de graisse. L'opération, faite le 1er janvier, n'offrit aucune difficulté; le lipome occupait son siége habituel, c'est-à-dire le tissu cellulo-adipeux. L'examen de cette tumeur permit de constater qu'à son centre il existait un abcès contenant un pus phlegmoneux et entouré d'une véritable membrane pyogénique.

La malade quitte l'hôpital le 5 février 1847. La guérison fut complète pendant sept ans; mais en 1853, Mme V... s'aperçut qu'une nouvelle tumeur apparaissait au niveau de la cicatrice. Cette tumeur, reconnue dès son début, ne cessa point de grossir, et, le 6 mai 1855, la malade vint à l'hôpital réclamer les secours de l'art. C'est une femme d'un tempérament lymphatico-sanguin, l'état général est excellent; la tumeur seule est incommodante. Elle siége à la partie externe de la cuisse droite; sa forme est oblongue, et son grand axe parallèle à l'axe du membre. Elle est élastique, et donne, dans certains points, à la main exploratrice une sensation de mollesse approchant de la sensation de fluctuation; dans d'autres points, au contraire elle est très-dure, surtout à la partie supérieure. Cette tumeur présente, dans toute sa longueur et à son sommet, une cicatrice bien nette, de deux travers de doigt, et d'une longueur de 25 centimètres; la peau qui recouvre la masse est sillonnée de petites veinules extrêmement fines, surtout à la partie postérieure. La longueur de la tumeur est de 32 centimètres; la largeur, de 26.

L'opération est pratiquée le 20 mai On fait une longue incision ovalaire, comprenant dans son centre la cicatrice ancienne; cette incision fait reconnaître que la tumeur est située sous l'aponévrose, car celle-ci apparaît avec son aspect blanc nacré, mais elle est considérablement amincie. L'aponévrose enlevée avec la peau, on arrive sur une masse lipomateuse se présentant sous l'aspect d'une tumeur multiple, pénétrant profondément entre les couches musculaires, ce qui rend l'opération extrêmement laborieuse, car il faut la poursuivre jusqu'auprès du fémur, la détacher des gaînes musculaires qu'elle a perforées, et enlever même quelques parcelles des muscles qu'elle a pénétrés en certains points. Du sang s'écoule en assez grande abondance, mais c'est plutôt une hémorrhagie en nappe, car une seule ligature est nécessaire.

Examen de la tumeur. La tumeur est ovoïde et pèse 2,300 grammes; elle présente à sa partie externe une couche aponévrotique très-mince, et, sur certains points, des fibres musculaires qui semblent faire corps avec elle; elle est divisée

en dix lobes, dont trois principaux, un médian, et deux extrêmes; chacun de ces lobes, qui a à peu près le volume d'une tête de fœtus, est surmonté d'autres petits lobes en quantité considérable. Les lobes extrêmes sont manifestement durs, et formés par un tissu graisseax très-dense; le lobe moyen au contraire est d'une mollesse remarquable, et constitué par une graisse presque liquide, s'écoulant, comme une huile très-épaisse, de la trame celluleuse qui l'environne. Avant d'avoir fait écouler le contenu de ce lobe moyen, on pouvait constater une sorte de fluctuation. Les bords de la plaie sont rapprochés à l'aide d'une bande roulée autour du membre et préalablement mouillée; aucun accident ne survient, et la malade sort de l'hôpital le 26 juin. La plaie est presque complétement cicatrisée; en avant de la cicatrice, le membre présente une saillie assez considérable, correspondant au triceps, de telle sorte que la cuisse a perdu de sa rotondité.

Ce qui frappe surtout dans les caractères physiques de cette tumeur, c'est la différence de consistance sur divers points. Nous voyons en effet que, dans les parties les plus profondes, la consistance est semi-fluide, et que la tumeur prend d'autant plus de fermeté qu'elle avance vers les parties superficielles. Quelle est donc la cause d'une telle disposition? Nous la trouverons peut-être dans l'examen des caractères de la graisse sécrétée normalement dans les parties profondes. Que l'on examine la graisse de l'orbite, la graisse infiltrée dans les cloisons celluleuses des membres, et l'on reconnaîtra que ce n'est pas une graisse résistante, dure, mais une graisse molle, semi-liquide, si bien en rapport avec les fonctions physiologiques qui lui sont dévolues. C'est en raison de ce moelleux que le globe de l'œil, organe si délicat, peut être impunément soumis à tous les mouvements possibles, et que les muscles des membres trouvent dans les petites masses disséminées sur tout leur trajet des accessoires favorables à leurs mouvements; or la graisse des lipomes développés dans les parties profondes a été sécrétée par les mêmes vaisseaux qui sécrètent normalement une graisse molle et semi-liquide, et ils devaient eux-mêmes en avoir tout le caractère.

Rapport des lipomes avec les parties voisines. — En raison même de l'atmosphère lâche au milieu de laquelle le lipome se développe,

les organes environnants échappent à leur action compressive ; il n'est pas très-rare cependant de rencontrer une tumeur lipomateuse adhérente aux éléments vasculaires ou nerveux avec lesquels elle se trouve en rapport. MM. Cloquet et Verneuil ont rapporté des cas où le lipome était intimement uni à un ou plusieurs nerfs. Quand les lipomes, de sous-aponévrotiques, deviennent superficiels, ils peuvent adhérer au paquet vasculoso-nerveux et l'attirer vers l'extérieur ; Lisfranc, dans ses cliniques, en rapporte un exemple. Aussi sera-t-il toujours prudent, quand on se décidera à l'opération, de s'assurer d'une façon exacte, par le toucher, de la position des vaisseaux et nerfs. La peau est généralement mobile sur la tumeur, quelquefois cependant elle est adhérente et semble faire corps avec elle. L'aponévrose peut avoir conservé son épaisseur, sa consistance, son éclat normal ; quelquefois elle est amincie ou éraillée, et permet au lipome, s'il est superficiel, d'envoyer dans les parties profondes des irradiations et réciproquement.

Des changements qui peuvent survenir dans le lipome.—Nous avons vu, dans l'observation 1re, que les lipomes étaient susceptibles de s'enflammer, et que l'inflammation pouvait même se terminer par suppuration ; dans ces cas, l'abcès est toujours entouré d'une membrane pyogénique bien organisée. Les exemples de suppuration sont assez rares ; mais, d'après le peu de cas que possède la science, on peut croire qu'ils sont rarement accompagnés d'un état général violent ; le plus souvent, l'inflammation a une marche lente, donnant lieu à une réaction peu vive.

On peut rencontrer dans le lipome des concrétions calcaires ; nous citerons en preuve un cas remarquable, qui appartient à M. Broca. La tumeur siégeait à la région postérieure de l'avant-bras, au niveau de l'extenseur commun des doigts, tumeur molle profondément, mais d'une dureté pierreuse dans les parties superficielles. L'examen de la pièce permit de constater que le lipome était hérissé de produc-

tions osseuses, ayant tout le caractère des ossifications accidentelles, c'est-à-dire formées par un agrégat de sel calcaire, sans présenter aucun autre élément du tissu osseux. Les cas de ce genre ne seraient pas fort rares; suivant M. Cruveilhier, il existerait une sorte d'affinité entre la graisse et le phosphate de chaux: ainsi les petites tumeurs osseuses que l'on trouve souvent entre la peau et la face interne du tibia seraient des tumeurs développées aux dépens de la graisse.

Les lipomes sont-ils susceptibles de dégénérescence de mauvaise nature? Pour M. Cruveilhier, les hypertrophies graisseuses feraient exception à la loi qu'il a posée pour les hypertrophies; loi en vertu de laquelle un tissu hypertrophié ne serait pas susceptible de subir la dégénérence cancéreuse. M. Cruveilhier s'appuie, pour soutenir cette exception, sur un exemple qu'il a observé, où la dégénérescence n'était pas douteuse. M. Lenoir partage cette opinion, car il dit avoir trouvé sur un cadavre plus de 200 lipomes dégénérés en cancers. M. Nélaton pense que ce qu'on a appelé stéatome n'est que du cancer encéphaloïde, et doute qu'un lipome puisse subir cette transformation. Mais, si la dégénérescence cancéreuse est rare, la dégénérescence fibreuse est de beaucoup plus fréquente; sous l'influence d'une inflammation souvent limitée en un point de la tumeur on voit les cloisons s'épaissir et prendre la consistance fibreuse. Dans ces cas, on constate presque toujours une adhérence du lipome avec le derme. En même temps que ces changements s'opèrent, la graisse contenue dans les aréoles semble diminuer en quantité; une partie des loges sont remplies d'une substance concrète d'un blanc mat ayant l'apparence du suif : c'est là le stéatome des auteurs. Enfin Müller a décrit, sous le nom de cholestéatome, certaines espèces de lipomes composés de couches de cellules disposées d'une façon concentrique les unes à côté des autres, et réunies par une substance blanche et nacrée, formée de cholestérine et de stéarine.

Lipomes sous-muqueux.—Il n'en existe dans la science que 3 cas. L'un a été observé par M. Cruveilhier sous la muqueuse intestinale; l'autre, par Marjolin, sur les parties latérales du frein de la langue, simulant de la façon la plus frappante une grenouillette. Mais le plus remarquable sans contredit est celui qui a été observé par M. Bastien, interne des hôpitaux; la présentation de la pièce fut faite à la Société anatomique. Il s'agit d'une petite masse graisseuse, du volume d'une noix, développée sur la face supérieure de la langue, et présentant, comme caractères particuliers, une coloration jaunâtre, tranchant sur celle des parties voisines, l'atrophie des papilles qu'elle supporte, et l'hypertrophie des papilles qui entourent sa base. M. Bastien se demande si cette coloration jaunâtre, que l'on ne rencontre dans aucune tumeur de la langue, ne serait point un bon signe pour le diagnostic d'une pareille tumeur. Enfin l'examen de cette grosseur, qui fut enlevée par M. Laugier, nous offre un nouvel exemple d'une dégénérescence fibreuse et osseuse; car la plus grande partie était constituée par un tissu dense et épais, cloisonnant la tumeur en tous sens, constituant des loges remplies de cellules adipeuses, et dans lesquelles on trouva en outre de petits corps lisses, d'un éclat et d'une dureté tels, qu'ils ressemblaient à de la substance dentaire. L'examen de ces ostéides démontra qu'il n'y avait aucune analogie avec cette substance, et qu'elles étaient simplement constituées par des sels calcaires.

Lipomes sous-séreux.—Nous ne ferons que signaler les tumeurs graisseuses dont la nature, la forme, l'aspect, sont identiques à ceux du lipome, et qui reconnaissent pour origine le tissu cellulaire sous-péritonéal. Ces tumeurs, qui ont été si bien décrites par Scarpa, peuvent, en se développant, se porter à l'extérieur, à travers les anneaux de l'abdomen, entraîner avec elles le péritoine, et devenir, par cela même, des causes prédisposantes de hernies.

On a trouvé de petits lipomes au-dessous de la tunique vaginale du testicule; on a rencontré des lipomes sous-synoviaux, faisant saillie

dans l'intérieur de l'articulation du genou, et paraissant dus au développement exagéré des franges synoviales de Clopton Hawers.

M. Cruveilhier cite un cas de tumeur adipeuse développée sous la base de l'encéphale.

Lipome glandulaire.—Il n'en existe qu'un seul cas, qu'on peut regarder comme très-exceptionnel. M. Cruveilhier a trouvé dans le rein un nombre considérable de loges entourées d'une enveloppe fibreuse commune, et contenant de la graisse.

SYMPTÔMES.

Il est difficile de décrire d'une façon séparée les symptômes des lipomes superficiels et profonds; nous avons vu que ceux-ci, par le fait même de leur développement, ne tardaient pas à acquérir les mêmes caractères que les premiers.

Une tumeur superficiellement placée, mobile, molle, élastique, indolente, sans changement de couleur à la peau : tel est le caractère du lipome.

S'il est multiple, on trouve sur toute la surface du corps un nombre variable de tumeurs disséminées d'une façon le plus souvent irrégulière. Dans des cas exceptionnels, on a trouvé des lipomes multiples, disposés symétriquement; un malade, présenté à la Société de chirurgie par M. Huguier, nous en fournit un exemple.

OBSERVATION II.

Il existe des lipomes sur presque tout le corps, au tronc, aux membres : une remarquable symétrie s'observe dans leur distribution. Sur le tronc, des deux côtés de la ligne mediane, se rangent par paire des tumeurs de forme et de volume parfaitement semblables en avant comme en arrière. Aux membres, celles du côté gauche ont leurs analogues au côté droit; enfin quelques-unes sont impaires et occupent la ligne médiane, comme sous la mâchoire et au pubis. Cet homme n'éprouve du reste, dans sa santé habituelle, aucun dérangement; le

mouvement seul est gêné dans plusieurs sens : celui de flexion en avant est contrarié par le volume des tumeurs antérieures, celles qui occupent la partie interne du bras et le creux axillaire gênent les mouvements du membre supérieur, etc.

Distribution et nombre des lipomes. — Partie antérieure.

1° *Face.* Deux sont situés de chaque côté du maxillaire inférieur, ils ont le volume d'une petite orange.

2° *Tronc, épaules.* Deux de chaque côté, au niveau externe de la clavicule ; même volume.

3° *Cou.* Deux de chaque côté, à la partie antérieure; un impair sur la partie médiane ; même volume.

4° *Région thoracique.* Deux pairs, situés de chaque côté, au-dessus du sein ; deux au niveau du mamelon, très-volumineux, séparés par une ligne médiane ; au-dessous de ceux-ci, se trouvent deux masses graisseuses formées de chaque côté, à gauche, par une seule tumeur ; à droite, par deux.

5° *Région abdominale.* Deux à l'hypogastre, volumineux comme la tête d'un fœtus.

6° *Membres thoraciques.* A droite et à gauche, à la partie externe du deltoïde et sous chaque aisselle ; en tout six.

7° *Membre abdominal.* De chaque côté de la cuisse, à la partie externe et au tiers supérieur, deux lipomes volumineux comme la moitié de la tête d'un fœtus.

Partie postérieure. Deux à la région mastoïdienne de chaque côté et en haut du raphé médian ; deux au bas de ce raphé, et disposés sur ces côtés ; deux à l'angle inférieur de l'omoplate.

A la région dorsale, on trouve en outre, disposées par paires, de chaque côté de la colonne vertébrale, dix tumeurs petites.

Une impaire et médiane se trouve en haut du sacrum.

Total.	Lipomes pairs.....	40
	Lipomes impairs.....	3

La peau ne présente habituellement aucun changement ; quelquefois cependant elle est sillonnée par des veines nombreuses, comme le démontrent une observation de Marjolin et une de Dupuytren ; quelquefois la peau est rouge, amincie dans le point le plus saillant, rarement ulcérée. Quand le lipome siége dans les aréoles profondes du derme, nous avons vu qu'il soulevait celui-ci, se pédiculisait, et

que la peau formait une espèce de sac tout autour de lui. Il peut se faire que la tumeur se présente sous forme de deux petites masses lobulées, sous-jacentes, et réunies par une sorte de collet. Une observation de M. Broca, recueillie dans le service de Gerdy, nous fait voir que cette disposition tient à ce qu'un lipome, développé primitivement entre le fascia profond et l'aponévrose, avait envoyé une expansion à travers le tissu cellulaire jusque dans les couches superficielles. Enfin Lisfranc a trouvé deux lipomes sous-jacents, séparés par une cloison fibreuse et n'ayant entre eux aucune relation.

Le lipome peut revêtir deux formes : la forme lisse et la forme lobulée. Dans la forme lisse, le toucher et la vue ne constatent aucune irrégularité de la peau ou de la tumeur, et la main exploratrice perçoit une sensation analogue à celle qu'elle éprouverait si elle était remplie de laine. Dans la forme lobulée, tantôt la peau présentera à la vue des saillies et des dépressions, tantôt la palpation seule fournira une sensation particulière, due au choc des lobules entre eux.

Quand les lipomes sous-cutanés sont multiples, ils ont le plus souvent un petit volume, celui d'un pois, par exemple, et siégent entre la peau et le *fascia superficialis;* leur forme est sphérique ou aplatie; quelquefois leur petitesse est telle qu'on ne les constate qu'en pinçant la peau, et ils sont tellement adhérents à celle-ci qu'on les prendrait pour des tubercules développés dans son épaisseur.

Le lipome superficiel, en augmentant de volume, ne pourra exercer de compression fâcheuse que sur les éléments contenus normalement dans le tissu cellulaire; mais cette compression même sera toujours bornée à d'étroites limites, en raison de la facilité de son développement, favorisé par la laxité de la peau et du tissu cellulaire.

On comprend qu'il ne devra plus en être de même quand le lipome sera exclusivement sous-aponévrotique; bridé par l'aponévrose, il pourra comprimer les éléments vasculaires et nerveux de la région, enrayer le jeu musculaire, causer des déviations ou gêner

une fonction importante. On trouve dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère* une observation recueillie par Asmus d'une tumeur dont le volume était tel qu'elle entraînait la tête de son côté et rendait la respiration assez difficile.

La compression exercée par la tumeur sera d'autant plus énergique que les tissus environnants seront plus résistants et permettront moins son développement.

L'observation suivante démontrera qu'un lipome de peu de volume, situé dans l'espace intercostal, a cependant pu déterminer des douleurs très-vives, parce qu'il se trouvait bridé par les aponévroses de cette région.

OBSERVATION III.

P..., journalier, âgé de 18 ans, est entré, le 2 juin 1852, à l'hôpital Beaujon. C'est un garçon d'une forte constitution. Un jour, portant sur le dos une pierre volumineuse, il ressentit, quand il voulut s'en débarrasser, une douleur très-vive du côté droit de la poitrine, et, plaçant sa main sur le point douloureux, il reconnut une petite tumeur. Depuis ce temps, cette tumeur a toujours été douloureuse; la toux, les mouvements, la pression, les efforts musculaires, exaspèrent les douleurs; il ne peut même plus boutonner son gilet, soulever aucun fardeau, ni se livrer par conséquent à ses occupations habituelles, ce qui le décide à entrer à l'hôpital.

Sur le côté droit, dans le huitième espace intercostal, à égale distance du sternum et de la colonne vertébrale, existe une tumeur grosse comme une noisette, de forme hémisphérique; la peau, à son niveau, a conservé son aspect normal. La tumeur est molle, élastique, non fluctuante, douloureuse à la moindre pression, elle est mobile et roule facilement sous le doigt. Le 10 juillet, la tumeur est enlevée, et l'examen démontre qu'elle est uniquement constituée par de la graisse.

Quant à l'état général, il ne présente rien de particulier. L'organisme est resté complétement étranger au travail qui a fait naître et développer le lipome, et quel qu'en soit le volume, quel qu'en soit le nombre, la constitution ne s'altère nullement; les seuls trou-

bles qui ont pu être constatés sont dus aux tiraillements ou à la pression exercée par une tumeur trop volumineuse et ont consisté en des douleurs ou de légers accidents fébriles.

RÉCIDIVE.

Nous n'avons point trouvé dans la science d'exemple de récidives. Notre observation 1re prouve cependant qu'elle est possible, et de plus qu'un lipome développé au-dessus de l'aponévrose peut récidiver au-dessous. On comprend très-bien, du reste, que quelques lobules graisseux, laissés par le chirurgien lors de l'opération, peuvent eux-mêmes prendre un développement exagéré et reproduire une tumeur analogue à la première; il suffira d'une éraillure faite à l'aponévrose, lors de la première extirpation, pour que la tumeur récidivée s'éparpille dans les parties qui lui sont sous-jacentes. La rareté des récidives s'explique naturellement par la facilité que l'on a d'enlever d'un seul coup toute la production.

MARCHE.

Le lipome, dans sa marche, présente de très-grandes variétés : quelques-uns, arrivés à un certain volume, restent stationnaires ; d'autres augmentent très-rapidement, d'autres enfin mettent un temps très-long pour acquérir un volume considérable. La marche du lipome est surtout subordonnée à la disposition des parties qui l'avoisinent; son volume augmentera d'autant plus facilement que les résistances à vaincre seront moindres. C'est pourquoi les lipomes superficiels prennent quelquefois des développements énormes, tandis que les profonds pourront être arrêtés dans leur marche par des cloisons aponévrotiques, des leviers osseux, des muscles peut-être, formant tous autant de barrières.

Quelques auteurs ont attribué de l'influence à la menstruation sur le développement du lipome ; on lit dans Blasius l'exemple d'un

lipome augmentant de volume à chaque période menstruelle. D'autres auteurs ont attribué une influence semblable aux excès alcooliques, et Littre rapporte qu'un lipome de l'épaule augmentait chaque fois que l'individu se livrait à des excès de ce genre.

DIAGNOSTIC.

Quand on songe aux caractères physiques que nous avons assignés au lipome, à son mode de développement, il paraît difficile d'admettre que le diagnostic présente une difficulté sérieuse, et cependant l'on peut dire, presque sans craindre de se tromper, que c'est l'affection qui a entraîné le plus de chirurgiens dans l'erreur. C'est que le lipome peut se présenter avec des caractères extrêmement divers : tantôt sa consistance est celle d'un corps mou, tantôt celle d'un corps solide, tantôt celle d'une masse liquide. Dans le premier cas, le lipome présente vraiment les caractères que nous lui avons donnés, et c'est de beaucoup le plus fréquent; mais nous avons vu, à propos de l'anatomie pathologique, que la densité pouvait devenir très-considérable par suite de l'épaississement des cloisons celluleuses, épaississement dû à de la lymphe ou à des produits particuliers, *stéarine, cholestérine;* enfin que la graisse pouvait se présenter presque à l'état de liquéfaction. Nous n'avons point l'intention de faire un diagnostic différentiel du lipome avec toutes les affections qui peuvent avoir quelque rapport avec lui, car nous serions forcé de passer en revue presque toutes les tumeurs; nous nous contenterons d'examiner le diagnostic différentiel du lipome avec quelques tumeurs liquides et molles, qui, dans certains cas, ont avec lui la plus grande ressemblance.

Kystes. Le lipome peut en imposer pour un kyste quand il donne à la main exploratrice la sensation de fluctuation, et un kyste peut en imposer pour un lipome quand les plans fibreux qui le recou-

vrent ont une épaisseur inégale ou un aspect bosselé. M. Cruveilhier pense qu'il est toujours facile, avec de l'attention, d'arriver à distinguer ces deux sortes de tumeurs. Si l'on a affaire à un lipome, la main éprouve la sensation de petites masses pelotonneuses roulant sous le doigt; je doute que ce caractère existe dans tous les cas, car cette sensation n'est vraiment évidente que dans la forme de lipomes franchement lobulés. Est-il possible de distinguer une vraie fluctuation d'une fausse fluctuation? Oui; mais aussi les connaissances théoriques ne nous sont d'aucune utilité. Ce diagnostic ne se prête point à la description; c'est l'expérience et l'habitude seules qui peuvent nous faire apprécier les différences si minimes qui existent dans les deux cas; et quand nous aurons pour nous une longue expérience, nous reconnaîtrons encore qu'elle a été trop courte pour arriver à la certitude dans de tels diagnostics. Mais, si le doute règne dans notre esprit, il est facile de le lever en pratiquant une ponction avec un trois-quarts explorateur; s'il s'agit d'un lipome, le trois-quarts arrivera dans une tumeur molle, et il sera impossible de lui faire exécuter des mouvements dans son intérieur; cependant il faut être prévenu que quelquefois l'instrument joue librement dans l'intérieur d'un lipome, ce qui tient, comme on le comprend, à la faible consistance de la graisse et des cloisons celluleuses. Dans ces cas alors, on est tenté de croire que l'on est arrivé dans un foyer séreux ou purulent, et que, s'il ne s'écoule rien, cela tient à l'obstruction de la canule par des matières concrètes; l'introduction d'un stylet délié lèvera le doute.

Abcès. Les seuls abcès que l'on puisse confondre avec les lipomes sont les abcès froids. Leur consistance, leur mode de développement, leur mobilité, feraient excuser, dans un certain nombre de cas, cette méprise; mais on doit surtout faire entrer en ligne de compte la constitution du malade, l'état général antérieur, l'état général actuel. Il est rare que l'on ne trouve point alors des engorgements strumeux, des abcès multiples, des cicatrices, qui viennent

déceler la constitution scrofuleuse du sujet. Le diagnostic deviendra d'une difficulté extrême, quand un abcès se développera dans l'intérieur même d'un lipome ; la ponction exploratrice seule pourra mettre sur la voie.

Cancer encéphaloïde. C'est surtout le cancer encéphaloïde qu'il faut savoir distinguer du lipome, car on comprend combien serait regrettable une méprise qui permettrait à une affection si grave de suivre son cours ; heureusement que le plus souvent les caractères différentiels sont bien tranchés. La nature de la douleur, la sensation de fluctuation accompagnée d'une sorte de résistance éloignée de la souplesse caractéristique du lipome, la configuration de la tumeur, qui est arrondie mais inégalement bosselée, caractères appartenant à l'encéphaloïde, mettront sur la voie : ajoutons à cela le développement du système veineux cutané, l'état général du malade, etc.

Mais cependant il peut se faire que l'encéphaloïde soit enkysté, alors l'aspect bosselé manque ; il peut arriver que la douleur soit nulle, que la sensation de fluctuation ne diffère en rien de celle du lipome. M. Nélaton propose dans ces cas, comme moyen de diagnostic, la ponction ; celle-ci faite, on cherchera à faire exécuter au trois-quarts des mouvements de circumduction : si ces mouvements sont réalisables, l'on aurait affaire à un encéphaloïde ramolli ; mais nous avons vu que ce caractère pouvait aussi se rencontrer pour le lipome. Nous voyons donc que si, dans la plupart des cas, le diagnostic est facile, il peut dans d'autres cas se faire que l'on n'ait à sa disposition aucun signe certain qui permette de distinguer ces deux affections. Que faire alors ? Prendre les choses au pire et enlever la tumeur.

L'erreur est plus facile à éviter quand il s'agit d'anévrysmes, de tumeurs érectiles ; cependant il me suffira de citer trois faits pour démontrer qu'entre les mains de grands chirurgiens, elle a pu être commise.

Le *premier fait* appartient à M. Pautrier, qui cite un cas d'anévrysme qui lui en imposa pour un lipome; la tumeur ne présentait plus de battements, des concrétions fibrineuses s'étaient déposées dans le sac, et la pression n'exerçait plus aucune influence sur son volume.

Les *deux autres faits* sont cités dans la pathologie externe de M. Nélaton, dont un lui est personnel. M. Nélaton avait diagnostiqué un lipome situé sur la partie latérale du thorax; le sujet mourut d'une phthisie aiguë, et l'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une tumeur érectile.

Dupuytren, à propos d'une tumeur située à l'angle interne de l'œil, avait diagnostiqué une tumeur érectile; l'opération lui démontra que c'était un lipome.

Enfin il est des cas où le diagnostic est presque impossible. Je citerai à l'appui de cette idée une observation de Pelletan, ayant rapport à une tumeur lipomateuse développée dans la cloison recto-vaginale et faisant saillie entre les grandes lèvres, ce qui pouvait très-bien en imposer pour un polype utérin.

PRONOSTIC.

Cette affection par elle-même n'est pas grave, elle porte rarement atteinte à la santé générale. Rejetons l'idée de Roche et Sanson, qui pensent que quelquefois les lipomes épuisent les malades en attirant à eux une grande partie des matériaux de la nutrition.

C'est une affection incommodante, surtout quand les lipomes sont nombreux ou ont acquis un certain volume; le lipome est une affection disgracieuse quand il siége sur des parties habituellement découvertes, telles que la face, les épaules; enfin c'est une affection fâcheuse en ce sens qu'une opération est le seul moyen d'en débarrasser le malade, et que ces tumeurs sont peut-être susceptibles de dégénérescence. La forme pédiculée est moins grave que la forme non pédiculée; car, dans le premier cas, l'opération à pratiquer est

presque insignifiante, quel que soit le volume de la tumeur; dans le second cas, la cicatrisation sera d'autant plus longue à se faire, les accidents consécutifs d'autant plus à redouter, que la plaie aura une étendue plus grande.

Le lipome peut-il guérir spontanément? Pour M. Velpeau, le lipome pourrait se résoudre sous l'influence de quelques grandes perturbations organiques; pour M. Cruveilhier, au contraire, la résolution spontanée ou artificielle des lipomes serait impossible.

ÉTIOLOGIE.

On connaît fort peu de chose sur l'étiologie de cette affection, sa cause prochaine nous est tout à fait inconnue : on ne croit plus à l'oblitération des canaux excréteurs de la graisse, ni au relâchement de la peau, ni à la perte de cohésion et de résistance des vésicules adipeuses (Morgagni).

Quant aux constitutions, toutes y sont également sujettes, les constitutions fortes comme les faibles. La plus ou moins grande abondance de tissu cellulo-adipeux n'a aucune influence sur l'apparition de ces tumeurs, car souvent on les observe chez des individus chétifs et amaigris; le grand nombre de tumeurs graisseuses rencontrées chez certains individus permet de croire à une véritable diathèse qui a présidé à leur développement.

Les auteurs s'accordent généralement à attribuer une certaine influence, sur l'apparition des lipomes, à une pression forte et prolongée. On a cité, chez des militaires, des exemples de lipomes dus au serrement exercé par le col de la cravate; on en a trouvé fréquemment, chez les porte-faix, dans les points où le fardeau qu'ils sont habitués à porter exerce la plus forte pression. Chez un grand nombre d'individus, on en a trouvé au niveau de la crête occipitale, dans les points correspondant à la pression exercée par le chapeau; il en sera de même pour la région frontale.

S. Cooper a enlevé plusieurs de ces tumeurs développées à la partie supérieure du deltoïde et dues à la compression exercée par les vêtements.

Nous savons que par le fait de pressions répétées, il se développe aussi dans le tissu cellulaire de petites bourses appelées *bourses séreuses;* n'y aurait-il pas quelque analogie entre le développement de ces bourses séreuses et les lipomes? Les lipomes ne se développeraient-ils pas sous l'influence des pressions sans frottement, tandis que les bourses séreuses se développeraient sous l'influence des pressions avec frottement.

TRAITEMENT.

Le lipome, étant une affection qui ne guérit point par les seuls efforts de la nature, devenant, à une certaine époque, une tumeur incommodante, doit être soumis à un traitement. Quelques humoristes cependant, tels que Hecquet, ont pensé que le lipome se charge de l'excédant du suc nourricier, et que par cela même il doit être respecté, dans la crainte des métastases; nous nous contentons de citer cette opinion, sans chercher à la réfuter.

Tous les médicaments internes ou externes qui ont été employés n'ont donné aucun résultat; les pommades iodurées, les emplâtres de ciguë, de Vigo, ont toujours été inefficaces, et si quelques onguents ont pu jouir d'une certaine réputation pour la guérison des lipomes, c'est qu'il recélaient quelques principes caustiques.

Nous nous occuperons donc uniquement des moyens chirurgicaux employés pour guérir cette affection.

Caustiques. Les cas d'abcès dans l'intérieur des lipomes ont permis à quelques chirurgiens de se demander s'il ne serait pas rationnel de provoquer un travail inflammatoire, destiné à amener la destruction du tissu. C'est dans ce but que Chopart conseille les caus-

tiques, l'acide nitrique, le deutochlorure de mercure, le chlorure d'antimoine, la potasse caustique; il renouvelle les applications jusqu'à ce que la masse graisseuse tombe en mortification; la suppuration s'établit, les escharcs se détachent, et la cicatrisation s'opère. M. Morel-Lavallée fit lui-même l'application de cette méthode, en traitant par la potasse un lipome développé au-dessus de la fourchette sternale, envoyant des prolongements dans le médiastin antérieur.

Ligature. Ce procédé ne peut guère s'appliquer qu'à un petit nombre de cas, et notamment aux cas où le lipome présente un pédicule de faible dimension.

La ligature peut être faite de deux manières : on embrasse avec un seul fil la base du pédicule, et l'on serre fortement; ou bien on traverse la base du pédicule par une aiguille entraînant avec elle un fil double; l'aiguille retirée, on a deux anses de fil, que l'on noue séparément et avec vigueur. On a reproché à ces procédés de causer de vives douleurs, et alors on a conseillé de couper la peau circulairement, et de placer une ligature dans le fond du sillon; mais cette incision elle-même parut trop douloureuse, et Boyer conseilla alors d'entourer la base de la tumeur avec un fil de coton enduit préalablement d'une dissolution concentrée de potasse, ou bien de cerner la base de la tumeur avec une bande de diachylon creusée en gouttière et contenant de la potasse. Sabatier trempait un lien dans l'acide nitrique et l'appliquait sur la peau.

Nous ne discuterons point la valeur de ces procédés, qui tous concourent au même but, c'est-à-dire à empêcher l'abord du sang dans la tumeur et à amener sa mortification. Mais, si d'une part on songe aux douleurs causées par ces différentes ligatures, au temps que la tumeur mettra pour se gangrener, et d'autre part à la facilité de l'ablation à l'aide de l'instrument tranchant, on sera tout disposé à rejeter la ligature, et à ne la réserver que pour les cas où on aurait affaire à des malades pusillanimes et redoutant le bistouri.

Extirpation et amputation. Ces deux procédés diffèrent l'un de l'autre en ce que dans le premier cas, on enlève la tumeur seule, et on dissèque la peau; dans le second cas, on enlève la peau en même temps que la tumeur. L'amputation ne sera pratiquée que quand la peau sera extrêmement amincie ou qu'il y aura à son niveau une partie ulcérée. Pour l'extirpation, on pratiquera à la peau une incision rectiligne en T, en V, ou en L. Quand la tumeur sera mise à découvert, on la séparera des tissus voisins par une sorte d'énucléation exécutée soit avec les doigts ou le manche du bistouri; si cependant les adhérences avec le tissu cellulaire étaient trop fortes, il faudrait les détacher avec la lame de l'instrument. Cette sorte d'énucléation a surtout, comme grand avantage, de rompre par traction les vaisseaux sanguins qui se rendent à la tumeur, et de prévenir par cela même toute hémorrhagie; quand les vaisseaux pénètrent par un seul point de la surface, leur volume est souvent considérable: aussi, dans ce cas, sera-t-il prudent de lier le paquet vasculaire, pour éviter toute perte de sang.

M. Gensoul a pensé être plus expéditif et se mettre plus sûrement à l'abri de l'hémorrhagie, en opérant de la manière suivante : il divise la tumeur en deux parties par une section faite perpendiculairement à celle-ci et suivant son grand axe ; puis, introduisant les doigts derrière chaque moitié, entre la tumeur et la peau, il énuclée chacune d'elle.

Nous rapprocherons de ce procédé celui de M. Jobert de Lambale, auquel il a donné le nom de *procédé par embrochement.* Armé d'un bistouri, il traverse la tumeur d'outre en outre à sa base, puis il l'incise complétement de dedans en dehors ; saisissant alors chaque moitié par son sommet, à l'aide d'une pince, il énuclée les deux portions.

Quand on songe au volume qu'un lipome peut acquérir, aux transformations qu'il peut subir, aux adhérences qu'il peut contracter, on est tout disposé à proposer l'opération quand la tumeur n'a encore qu'un petit volume. Il est rare que l'extirpation des li-

pomes superficiels présente des difficultés ; cependant, comme pour toutes les tumeurs en général, il convient de peser toutes les circonstances. Il faut avoir égard au siége de la tumeur, à ses rapports avec les gros vaisseaux, à l'état de santé du sujet ; mais, si le chirurgien a pu diagnostiquer que la tumeur siégeait dans les parties profondes, il faut qu'il s'arme du plus grand sang-froid, car il pourra se trouver dans la nécessité d'isoler par la dissection les éléments de toute une région. Après l'opération, il ne faudra guère s'attendre à une réunion immédiate ; nous avons vu en effet que le tissu cellulaire qui entoure le lipome revêt, quand celui-ci a un certain volume, la forme condensée ; c'est une sorte de kyste dont les parois auront plus de tendance à suppurer qu'à s'agglutiner.

Essayer même la réunion serait s'exposer à des accidents redoutables ; car les deux lèvres de la plaie seulement pourraient contracter adhérence, tandis que la suppuration se ferait au-dessous ; le pus, ne pouvant alors s'écouler à l'extérieur, fusera dans le tissu cellulaire ambiant, et provoquera la formation de phlegmons. Il est donc préférable de mettre seulement les deux bords de la plaie en contact sans les réunir, et de panser simplement soit avec un linge fenêtré enduit de cérat et un tampon de charpie, soit avec une compresse imbibée d'eau froide, moyen que nous regardons comme supérieur, quand il s'agit du traitement des plaies.

Quand le lipome est pédiculé, on n'a qu'à circonscrire la base du pédicule par une incision circulaire ou elliptique, et détacher la tumeur de son point d'implantation. Il peut se faire que l'art n'ait qu'à aider la nature, comme dans le cas suivant, rapporté par Lisfranc. Une malade porte, sur la partie moyenne et interne du bras gauche, une tumeur du volume des deux poings réunis ; soumise à son propre poids, cette tumeur s'isola peu à peu des vaisseaux et des nerfs sur lesquels elle reposait. Lisfranc fit exercer sur elle des tractions lentes, graduées, continues, à plusieurs reprises et pendant une demi-heure environ ; bientôt le sujet se chargea de ce soin et exécuta, une

partie de la journée, la manœuvre indiquée; pendant la nuit, un bandage destiné au même but était convenablement appliqué. Dans l'espace de vingt-cinq jours, le pédicule du lipome acquit une longueur de 4 centimètres, uniquement constitué par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; il fut facile de l'exciser, et l'opération fut insignifiante.

Procédé de M. Bonnet. Ce procédé diffère essentiellement des autres. M. Bonnet porte un ténaculum sous la peau au niveau de la tumeur, dirige le tranchant vers la face profonde et incise la tumeur dans tous les sens; il porte même le ténaculum sous la peau au delà de la tumeur, afin d'augmenter la surface d'absorption; puis il retire l'instrument et malaxe la partie morcelée de manière à rompre les cellules adipeuses le plus exactement possible. Cette opération est répétée deux ou trois fois, de quinze jours en quinze jours; généralement il n'y a ni suppuration ni douleur, et il ne reste de la tumeur qu'un noyau fibreux peu volumineux.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Exposer les raisons physiques pour lesquelles les artères du cerveau ont des tuniques minces et sans élasticité.

Chimie. — Quels sont les caractères des borates ?

Pharmacie. — Des préparations qui ont pour base la rhubarbe; les décrire, les comparer entre elles.

Histoire naturelle. — Des caractères de la famille des rubiacées; sa division en sections, les substances utiles qu'elle fournit aux arts et à la matière médicale.

Anatomie. — Des muscles qui concourent aux mouvements de flexion de la tête.

Physiologie. — Des mouvements de l'œil.

Pathologie interne. — Diagnostic différentiel des hémorrhagies qui se font par la bouche.

Pathologie externe. — De la fistule lacrymale.

Pathologie générale. — Des secours que peut fournir l'inspection

microscopique pour découvrir les altérations de composition de l'urine.

Anatomie pathologique. — Des hémorrhagies cérébrales et cérébelleuses, sous le rapport du siége des foyers sanguins, et des changements qui s'y opèrent.

Accouchements. — De la grossesse multiple.

Thérapeutique. — De l'action des mercuriaux dans les phlegmasies.

Médecine opératoire. — De la résection radio-carpienne.

Médecine légale. — Des preuves du viol prises dans la médecine.

Hygiène. — Des âges considérés dans leurs rapports avec la santé.

Vu, bon à imprimer.

ADELON, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

CAYX.

plus l'assiette du pied sur le fer sera solide.

Cependant, toutes les parties qui forment la face intérieure du pied ne peuvent pas supporter avec la même impunité le même degré de pression. Il devient donc nécessaire de faire porter exclusivement sur le fer celles de ces parties qui peuvent soutenir sans dommage tout le poids du corps, et de soustraire à l'action des pressions celles qui pourraient en être lésées.

L'expérience prouve que les parties sensibles, renfermées dans le sabot, n'éprouvent aucune souffrance, lorsque c'est la muraille qui appuie sur le fer; mais que si, au contraire, la sole est soumise à une pression un peu considérable, la claudication est immédiatement la conséquence des douleurs déterminées par le pincement des parties sous-jacentes, entre l'os du pied et la sole de corne, refoulées par le fer.

Il suit de là, que plus l'appui se fait à plat, dans une grande surface, par le bord inférieur de la paroi sur le fer, plus solide est

qu'il soit le moins préjudiciable possible au sabot.

Du fer dont la surface supérieure est plate.

Un fer complétement plat sur sa face supérieure, et plus large qu la muraille, peut, dans un grand nombre de cas presser sur la sol si elle est conservée avec son épaisseur normale. Mais, afin de pré venir cet inconvénient, on recommande, dans l'application de c fer, d'amincir la sole au-dessous du niveau de la paroi, afin d ménager un vide entre elle et le fer. On ne peut mettre en dout que ce vide entre la sole et le fer ne soit nécessaire, non seulemen pour éviter les compressions, mais aussi pour permettre de net toyer le dessous du pied, et d'enlever la terre desséchée dont l'in terposition sous le fer produit le même effet que s'il était appliqu directement sur la sole.

Mais quoique, par ce procédé, l'appui du pied s'effectue exclu sivement par le bord inférieur de la muraille, et que les compression de la sole soient évitées, cependant l'amincissement de la sole a